

Chương trình LaMOMS của Bang Louisiana

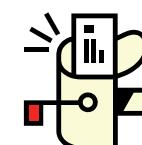
LaMOMs là một dịch vụ bảo hiểm y tế miễn phí cho phụ nữ đang mang thai, được cung cấp qua chương trình Medicaid của bang Louisiana.

Cách thức xin bảo hiểm

① Internet – www.Medicaid.DHH.Louisiana.gov

② Thư tín – Gửi đơn xin bảo hiểm và tài liệu chứng minh tới:

**LaMOMS
P.O. Box 91278
Baton Rouge, LA
70821-9278**



③ Fax – Fax đơn xin bảo hiểm và tài liệu chứng minh tới số 1-877-523-2987 (miễn phí).

④ **Gửi trực tiếp** – Gửi trực tiếp đơn xin bảo hiểm và tài liệu chứng minh của quý vị tới văn phòng Medicaid địa phương. Gọi số 1-888-342-6207 để biết văn phòng Medicaid gần nhất hoặc ghé thăm trang mạng của chúng tôi tại địa chỉ www.LaMOMS.DHH.Louisiana.gov.

Chúng tôi nhìn vào thu nhập của Gia đình quý vị

Chúng tôi tính tổng thu nhập trước khi trừ thuế, chứ không phải số tiền lanh vê. Các giới hạn thu nhập dựa trên số người trong gia đình. Gia đình quý vị bao gồm quý vị (người mang thai), chồng quý vị (nếu kết hôn hợp pháp), trẻ nhỏ dưới 18 tuổi, và em bé chưa sinh.

Nếu thu nhập của quý vị hơn số cho trong bảng dưới đây, quý vị có thể vẫn hội đủ điều kiện, bởi chúng tôi chấp nhận các khoản khấu trừ như:

- ✓ Chi trả hỗ trợ chăm sóc trẻ cho người khác **ngoài** gia đình quý vị
- ✓ \$90 với mỗi một người đi làm
- ✓ Chi trả dịch vụ trông trẻ: Lên tới \$200 đối với trẻ dưới 2 tuổi, \$175 cho trẻ trên 2 tuổi
- ✓ Lên tới \$50 cho khoản cấp dưỡng nuôi con được nhận

Số người trong Gia đình	Tổng Thu Nhập tối 31 tháng 3 năm 2012	Thu nhập hàng tháng
	Thu nhập Hàng tuần	
2	\$630	\$2,522
3	\$795	\$3,182
4	\$960	\$3,842
5	\$1,125	\$4,502
6	\$1,290	\$5,162
7	\$1,455	\$5,822
8	\$1,620	\$6,482

Cứ thêm một người thì Cộng thêm \$637 vào tổng thu nhập hàng tháng

Sau khi quý vị nộp đơn xin bảo hiểm

Chúng tôi sẽ gửi thư thông báo cho quý vị biết quý vị có hội đủ điều kiện hay không. Nếu quý vị hội đủ điều kiện, quý vị sẽ nhận được thẻ Medicaid trong vòng 2 tuần sau khi nhận được thư chấp thuận. Nếu quý vị đã có thẻ Medicaid, chúng tôi sẽ tái kích hoạt thẻ và quý vị có thể bắt đầu sử dụng lại ngay sau khi nhận được thư chấp thuận.

Các dịch vụ được bao trả

LaMOMs bao trả chi phí cho tất cả các dịch vụ liên quan đến thai sản, sinh con và chăm sóc trong suốt quá trình mang thai của quý vị và hết 60 ngày sau khi sinh con.

Phạm vi bao trả bao gồm:

- ★ Khám bác sĩ
- ★ Các xét nghiệm và phòng xét nghiệm
- ★ Chăm sóc tại bệnh viện
- ★ Thuốc kê toa
- ★ Một số dịch vụ nha khoa về các bệnh nướu răng.

Bảo hiểm Y tế khác

Quý vị có thể có đồng thời bảo hiểm y tế tư nhân lẫn LaMOMS. Để nhận được các phúc lợi của LaMOMS, bác sĩ mà quý vị chọn phải chấp nhận đồng thời LaMOMS hoặc Medicaid và bảo hiểm khác của quý vị. Bảo hiểm khác của quý vị sẽ bao trả trước; sau đó chúng tôi sẽ trả.

Nếu quý vị có hoặc có thể lấy bảo hiểm qua việc làm, Medicaid có thể giúp trả phí bảo hiểm. Gọi 1-866-362-5253 hoặc lên trang mạng tại địa chỉ www.LaHIPP.DHH.Louisiana.gov để biết thêm thông tin.

Quí vị tự chọn bác sĩ cho mình

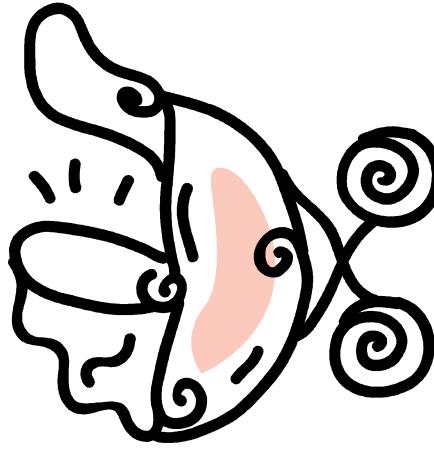
Quí vị có thể nhận sự chăm sóc từ bất cứ bác sĩ nào chấp nhận Medicaid. Để có danh sách các bác sĩ trong khu vực, gọi số 1-877-455-9955. Cuộc gọi được miễn phí.

Giúp đỡ với Các Hóa Đơn Y Tế Cũ

Chúng tôi có thể xem xét liệu quý vị hội đủ điều kiện để LaMOMS chi trả phí các dịch vụ y tế mà quý vị nhận được trong quá trình thai sản hay không, ngay kể cả khi quý vị đã trả hóa đơn.

Trợ giúp thêm

“Partners for Healthy Babies” (*Hợp Tác Vì Trẻ Sơ Sinh Khoẻ Mạnh*) là một dự án của Văn Phòng Y Tế Công Cộng Công bang Louisiana. Họ có thể cung cấp những thông tin về quá trình thai sản của quý vị và cho quý vị biết thêm về các dịch vụ hiện sẵn có. Gọi đến chương trình “Partners for Healthy Babies” theo số 1-800-251-BABY (251-2229). Cuộc gọi được miễn phí.



Quyền Lợi của Quý Vị

Nếu quý vị nhận thấy quyết định của chúng tôi không công bằng, không chính xác hoặc được thực hiện quá muộn, quý vị có thể yêu cầu điều trần.

Nếu quý vị có câu hỏi hay cần giúp đỡ về việc điện đón xin bão hiềm hoặc lấy các tài liệu mà chúng tôi yêu cầu, hãy gọi theo số **1-888-342-6207**. Nếu quý vị bị khiếm thính và cần sử dụng điện văn TTY, gọi số **1-800-220-5404**. Các cuộc gọi được miễn phí.

★ Gọi tới văn phòng Medicaid theo số
1-888-342-6207; HOẶC

★ Viết thư tới:

Bureau of Appeals (Phòng Kháng Cáo),
Bộ Dịch Vụ Y Tế và Con Người (DHH)
Louisiana

P.O. Box 4183

Baton Rouge, LA 70821-4183; HOẶC

★ Gọi điện hoặc viết thư tới văn phòng
Medicaid địa phương quý vị

Medicaid/LaMOMS không thể phân biệt đối xử với quý vị căn cứ theo sắc tộc, màu da, giới tính, tuổi tác, tình trạng khuyết tật, tôn giáo, quốc tịch hoặc quan điểm chính trị của quý vị. Nếu quý vị cho rằng chúng tôi có làm vậy, quý vị có thể:

★ Gọi tới Văn Phòng Dân Quyền Khu Vực,
Bộ Dịch Vụ Y Tế & Con Người (DHHS),
của Hoa Kỳ ở Dallas, Texas theo số
1-800-368-1019; HOẶC

★ Viết thư tới:
LA Dept. of Health & Hospitals
(Bộ Y Tế & Bệnh Viện Louisiana)
P.O. Box 4818

Baton Rouge, LA 70821-4818; HOẶC
★ Gọi điện hoặc viết thư tới văn phòng
Medicaid địa phương quý vị



Đơn xin bão hiềm



¿Necesita traductor de
español? Llame al
1-877-252-2447.

Quí vị có cần thông dịch viên
người Việt không? Nếu cần xin
gọi số **1-877-252-2447.**

Giúp Đỡ Phụ Nữ Đang
Mang Thai Sinh Ra Em Bé
Khỏe Mạnh Hơn

BHSP Form 1-PW Cover (Vietnamese)
Rev. 04/12 (English 04/12)
Mẫu Trước đây đã BỎ



Làm đơn trực tuyến tại
www.LaMOMS.DHH.Louisiana.gov

1-888-342-6207

Đơn xin bảo hiểm

Dùng đơn này để xin bảo hiểm của LaMOMS hoặc Medicaid dành cho phụ nữ đang mang thai. Quý vị có thể xin bảo hiểm trực tuyến tại địa chỉ trang mạng www.Medicaid.DHH.Louisiana.gov.

Để xin bảo hiểm, quý vị cần:

1. Điene vào đơn này bằng bút mực đen.
2. Chuẩn bị tài liệu chứng minh cần thiết do chúng tôi yêu cầu.
3. Gửi đơn này cùng tài liệu chứng minh cho chúng tôi ngay.

Chúng tôi sẽ cho quý vị thêm thời gian để gửi các tài liệu chứng nhận nếu quý vị cần.

LaMOMS
P.O. Box 91278
Baton Rouge, LA 70821-9278
FAX: 1-877-523-2987

Ngôn ngữ nào quý vị nói tốt nhất? Tiếng Anh Tiếng Tây Ban Nha Tiếng Việt Ngôn ngữ khác (nêu ra) _____
Ngôn ngữ nào quý vị viết tốt nhất? Tiếng Anh Tiếng Tây Ban Nha Tiếng Việt Ngôn ngữ khác (nêu ra) _____

Si usted quiere una solicitud en español o quiere hablar con alguien que habla español, llame al 1-877-252-2447.
Nếu quý vị cần đơn tiếng Việt hoặc tham khảo với nhân viên người Việt, Xin gọi số điện thoại miễn phí 1-877-252-2447.

1. Quý vị nhận mẫu đơn này ở đâu?

- Văn phòng của LaMOMS/Medicaid Bệnh viện Nhà thuốc tây Phòng mạch bác sĩ Bạn bè/Người thân Internet Trường y Văn phòng Phiếu Thực Phẩm Phòng y tế Doanh nghiệp (Cửa hàng, công ty) Lễ hội/Hội chợ y tế Nơi khác: _____

2. Thông tin về bản thân bạn (người mang thai muốn xin bảo hiểm)

Họ tên _____
Tên _____
Tên lót viết tắt _____
Họ _____
Tên trước kết hôn _____

Số An Sinh Xã Hội _____
Ngày sinh _____
Tháng _____ Ngày _____ Năm _____

Nguồn gốc chủng tộc/dân tộc (Tùy chọn – quý vị có thể đánh dấu nhiều hơn một ô): Người da Trắng Người da Đen Người Tây Ban Nha, Bồ Đào Nha hoặc Latin Người châu Á Người da đỏ hoặc Alaska Người bản xứ Hawaii hoặc Phần Đảo Thái Bình Dương

Nơi sinh: Bang (nếu sinh tại Hoa Kỳ.) _____ Quốc gia (nếu không sinh tại Hoa Kỳ.) _____

Tên trước kết hôn của mẹ _____

Quý vị là công dân Hoa Kỳ? Có – Sang Câu hỏi 3 Không – Điền xuống dưới đây

Quý vị có phải là thường trú nhân hợp pháp của Hoa Kỳ? Có Không

Ngày nhập cảnh vào Hoa Kỳ. _____

Số thẻ Thường Trú Nhân (thẻ xanh): A _____

3. Cách thức liên lạc với quý vị

Địa chỉ gửi thư _____ Số căn hộ/Lô # _____

Thành phố _____ Bang _____ Zip _____

Địa chỉ nhà (nếu khác) _____ Số căn hộ/Lô # _____

Thành phố _____ Bang _____ Zip _____

Quận _____ Số điện thoại nhà (_____) _____

Số điện thoại di động (_____) _____ Số điện thoại ban ngày (_____) _____

Địa chỉ hòm thư điện tử _____

**Nếu câu hỏi – Quay số 1-888-342-6207 (gọi miễn phí)
(Điện văn TTY dành cho người khiếm thính : 1-800-220-5404)**

4. **Quí vị nghĩ mình sẽ sinh con vào ngày nào ?** _____
Quí vị đang mang thai nhiều hơn một cháu bé? Có Không
5. **Cung cấp cho chúng tôi thông tin về người chồng hợp pháp đang chung sống cùng quí vị.
 Nếu quí vị dưới 18 tuổi, ghi rõ tên bố và mẹ hiện sống cùng quí vị. Không có – Sang Câu hỏi 6 **Không ghi bố mẹ kế.****

Người #1

Họ tên _____ Nam Nữ
 Ngày sinh _____ *Tên* _____ *Tên lót viết tắt* _____ *Họ* _____
 _____ *Tháng* _____ *Ngày* _____ *Năm* _____ Sô An Sinh Xã Hội _____

Nguồn gốc chủng tộc/dân tộc (Tùy chọn – quí vị có thể đánh dấu nhiều hơn một ô): Người da Trắng Người da Đen Người Tây Ban Nha, Bồ Đào Nha hoặc Latin Người châu Á Người da đỏ hoặc Alaska Người bản xứ Hawai hoặc Phần Đảo Thái Bình Dương

Quan hệ với quí vị: Chồng Bố (Mẹ)

Người #2

Họ tên _____ Nam Nữ
 Ngày sinh _____ *Tên* _____ *Tên lót viết tắt* _____ *Họ* _____
 _____ *Tháng* _____ *Ngày* _____ *Năm* _____ Sô An Sinh Xã Hội _____

Nguồn gốc chủng tộc/dân tộc (Tùy chọn – quí vị có thể đánh dấu nhiều hơn một ô): Người da Trắng Người da Đen Người Tây Ban Nha, Bồ Đào Nha hoặc Latin Người châu Á Người da đỏ hoặc người bản xứ Alaska Người bản xứ Hawai hoặc Phần Đảo Thái Bình Dương

Quan hệ với quí vị: Chồng Bố (Mẹ)

6. Liệt kê TẤT CẢ trẻ em dưới 19 tuổi sống cùng quí vị. Không có – Sang Câu hỏi 7

Nếu quí vị dưới 18 tuổi, liệt kê các anh chị em của quí vị dưới 19 tuổi. Nếu có hơn 4 người, dùng một tờ giấy riêng để viết.

A. Họ tên _____ Nam Nữ
 Ngày sinh _____ *Tên* _____ *Tên lót viết tắt* _____ *Họ* _____
 _____ *Tháng* _____ *Ngày* _____ *Năm* _____ Sô An Sinh Xã Hội _____

Nguồn gốc chủng tộc/dân tộc (Tùy chọn – quí vị có thể đánh dấu nhiều hơn một ô): Người da Trắng Người da Đen Người Tây Ban Nha, Bồ Đào Nha hoặc Latin Người châu Á Người da đỏ hoặc Alaska Người bản xứ Hawai hoặc Phần Đảo Thái Bình Dương

Quan hệ với quí vị: Con Con riêng của chồng Anh/chị em Khác: _____

B. Họ tên _____ Nam Nữ
 Ngày sinh _____ *Tên* _____ *Tên lót viết tắt* _____ *Họ* _____
 _____ *Tháng* _____ *Ngày* _____ *Năm* _____ Sô An Sinh Xã Hội _____

Nguồn gốc chủng tộc/dân tộc (Tùy chọn – quí vị có thể đánh dấu nhiều hơn một ô): Người da Trắng Người da Đen Người Tây Ban Nha, Bồ Đào Nha hoặc Latin Người châu Á Người da đỏ hoặc Alaska Người bản xứ Hawai hoặc Phần Đảo Thái Bình Dương

Quan hệ với quí vị: Con Con riêng của chồng Anh/chị em Khác: _____

C. Họ tên _____ Nam Nữ
 Ngày sinh _____ *Tên* _____ *Tên lót viết tắt* _____ *Họ* _____
 _____ *Tháng* _____ *Ngày* _____ *Năm* _____ Sô An Sinh Xã Hội _____

Nguồn gốc chủng tộc/dân tộc (Tùy chọn – quí vị có thể đánh dấu nhiều hơn một ô): Người da Trắng Người da Đen Người Tây Ban Nha, Bồ Đào Nha hoặc Latin Người châu Á Người da đỏ hoặc Alaska Người bản xứ Hawai hoặc Phần Đảo Thái Bình Dương

Quan hệ với quí vị: Con Con riêng của chồng Anh/chị em Khác: _____

D. Họ tên _____ Nam Nữ
 Ngày sinh _____ *Tên* _____ *Tên lót viết tắt* _____ *Họ* _____
 _____ *Tháng* _____ *Ngày* _____ *Năm* _____ Sô An Sinh Xã Hội _____

Nguồn gốc chủng tộc/dân tộc (Tùy chọn – quí vị có thể đánh dấu nhiều hơn một ô): Người da Trắng Người da Đen Người Tây Ban Nha, Bồ Đào Nha hoặc Latin Người châu Á Người da đỏ hoặc Alaska Người bản xứ Hawai hoặc Phần Đảo Thái Bình Dương

Quan hệ với quí vị: Con Con riêng của chồng Anh/chị em Khác: _____

7. Có ai đang làm việc không? Có – Điền dưới đây Không – Sang Câu hỏi 8

Cho chúng tôi biết về mức lương hoặc tiền mặt nhận được từ việc làm, tự làm chủ và về số tiền thường quý vị và chồng nhận được. Nếu quý vị dưới 19 tuổi, cho chúng tôi biết thông tin về bố mẹ quý vị (không nêu bố mẹ kế).

Ai làm việc?	Tên sở làm thuê quý vị Số điện thoại tại sở làm <input type="checkbox"/> Tự làm chủ	Nhận được bao nhiêu (tính tổng thu nhập trước khi trừ thuế)? \$ _____ Kỳ lãnh tiền? <input type="checkbox"/> hàng tuần <input type="checkbox"/> 2 tuần một lần <input type="checkbox"/> 2 lần một tháng <input type="checkbox"/> hàng tháng	Có cung cấp bảo hiểm không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Ai làm việc?	Tên sở làm thuê quý vị Số điện thoại tại sở làm <input type="checkbox"/> Tự làm chủ	Nhận được bao nhiêu (tính tổng thu nhập trước khi trừ thuế)? \$ _____ Kỳ lãnh tiền? <input type="checkbox"/> hàng tuần <input type="checkbox"/> 2 tuần một lần <input type="checkbox"/> 2 lần một tháng <input type="checkbox"/> hàng tháng	Có cung cấp bảo hiểm không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không

8. Cô/Bà đang còn nghỉ làm để dưỡng thai? Có Không

9. Có ai không đi làm mà lãnh tiền từ những loại hình như liệt kê dưới đây không?

- An Sinh Xã Hội • Phụ Cấp An Sinh (SSI) • Thất nghiệp • Bảo hiểm bồi thường công nhân
- Tiền nhận từ bạn bè/người thân • Cấp dưỡng nuôi con (*liệt kê tên trẻ và người nhận tiền*)
- Tiền cấp dưỡng sau ly hôn • Khác (*liệt kê bên dưới đây*)

Có – Điền bên dưới Không – Sang Câu hỏi 10

Cho chúng tôi thông tin về thu nhập của quý vị và chồng. Nếu quý vị dưới 19 tuổi, cho thông tin về thu nhập của bố mẹ (không nêu bố mẹ kế).

Thu nhập của ai?	Thu nhập loại gì?	Thu nhập là bao nhiêu? \$ _____	Kỳ lãnh tiền? <input type="checkbox"/> hàng tuần <input type="checkbox"/> 2 tuần một lần <input type="checkbox"/> 2 lần một tháng <input type="checkbox"/> hàng tháng
Thu nhập của ai?	Thu nhập loại gì?	Thu nhập là bao nhiêu? \$ _____	Kỳ lãnh tiền? <input type="checkbox"/> hàng tuần <input type="checkbox"/> 2 tuần một lần <input type="checkbox"/> 2 lần một tháng <input type="checkbox"/> hàng tháng
Thu nhập của ai?	Thu nhập loại gì?	Thu nhập là bao nhiêu? \$ _____	Kỳ lãnh tiền? <input type="checkbox"/> hàng tuần <input type="checkbox"/> 2 tuần một lần <input type="checkbox"/> 2 lần một tháng <input type="checkbox"/> hàng tháng
Thu nhập của ai?	Thu nhập loại gì?	Thu nhập là bao nhiêu? \$ _____	Kỳ lãnh tiền? <input type="checkbox"/> hàng tuần <input type="checkbox"/> 2 tuần một lần <input type="checkbox"/> 2 lần một tháng <input type="checkbox"/> hàng tháng

10. Quý vị có bảo hiểm y tế không? Có – Điền bên dưới Không – Sang Câu hỏi 11

Tên chủ hợp đồng bảo hiểm _____ Ngày bảo hiểm bắt đầu có hiệu lực _____

Tên và số điện thoại hãng bảo hiểm _____

Số hợp đồng bảo hiểm _____ Số nhóm bảo hiểm _____

Bảo hiểm bao trả cho? (đánh dấu tất cả những mục được áp dụng) Bệnh viện Bác sĩ Thuốc
 Nha khoa Cấp cứu Thai sản Kế hoạch hóa gia đình

Bảo hiểm này mua qua một việc làm? Có Không Nếu có, nêu tên sở làm: _____

11. Quý vị sẽ có thể được mua bảo hiểm cho em bé mới sinh của mình hay không?

Có Không

12. Quý vị có cần bảo hiểm Medicaid trả cho các hóa đơn tiền thuốc (đã trả hoặc chưa trả) của bất cứ tháng nào trong 3 tháng vừa qua không? Có – Điền bên dưới Không – Sang Câu hỏi 13

Những tháng nào? _____

13. Có ai chi trả cho việc trông trẻ hoặc chăm sóc người trưởng thành bị khuyết tật để có thể làm việc hoặc để được đào tạo không? Có – Điền dưới đây Không – Sang Câu hỏi 14

Tên của người nhận sự chăm sóc _____

Người chi trả cho việc chăm sóc? _____

Trả bao nhiêu? _____ Kỳ hạn trả? _____

Có sự hỗ trợ chi trả nào không? Có – Bao nhiêu? _____ Không

Tên của dịch vụ Chăm Sóc Ban Ngày hoặc Người chăm sóc _____

Số điện thoại (_____) _____

14. Có ai trong nhà quý vị trả tiền cấp dưỡng nuôi còn hoặc cấp dưỡng sau ly hôn theo án lệnh của tòa án không? Có – Điền bên dưới Không – Sang Câu hỏi 15

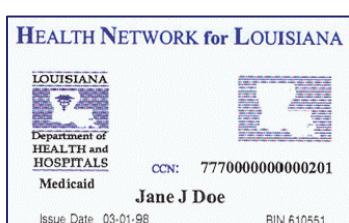
Tên người chi trả _____

Trả bao nhiêu? _____ Kỳ hạn trả? _____

15. Quý vị đã bao giờ nhận bảo hiểm LaMOMS hoặc Medicaid ở Louisiana chưa?

Có – Trả lời Câu hỏi bên dưới Không – Sang Câu hỏi 16

Nếu quý vị vẫn còn thẻ nhựa Medicaid, quý vị vẫn có thể dùng tiếp thẻ đó nếu quý vị lại hội đủ điều kiện. Chúng tôi sẽ không gửi cho quý vị thẻ mới trừ phi quý vị yêu cầu.



Quý vị có cần thẻ nhựa Medicaid mới không? Có Không

16. Quý vị đã bao giờ nhận Phụ Cấp An Sinh chưa (SSI)? Có Không

17. Quý vị có hay đã bao giờ có bảo hiểm Medicare chưa?

Có Không

Thẻ Medicare trông như hình bên.



**Đây là phần cuối của đơn.
KÝ TÊN DƯỚI ĐÂY**

Bằng cách ký vào đơn này tôi cho phép Tiểu bang Louisiana và các nhân viên tiểu bang tiếp xúc để xác minh thông tin cung cấp trong đơn này. Dưới hình phạt cho sự khai man trước tòa, tôi chứng nhận rằng tất cả thông tin mà tôi cung cấp là đúng sự thật. Tôi cũng công nhận rằng tôi đã nhận và đọc phần Quyền và Trách nhiệm trong trang kê tiếp.

 Kí tên quý vị ở đây: _____ Ngày: _____

**Gửi đơn đã điền của quý vị tới:
LaMOMS
P.O. Box 91278
Baton Rouge, LA 70821-9278
FAX: 1-877-523-2987**

QUYỀN VÀ TRÁCH NHIỆM CỦA QUÝ VỊ

Lưu trang này trong hồ sơ của quý vị.

MEDICAID CÓ QUYỀN MONG ĐỢI ĐIỀU GÌ Ở QUÝ VỊ

QUỐC TỊCH VÀ TÌNH TRẠNG DI TRÚ: Quý vị công nhận rằng thông tin về tình trạng công dân và di trú được cung cấp trên đơn này là chính xác và đúng sự thật.

KHAI SỰ THẬT: Quý vị công nhận rằng thông tin được cung cấp trên đơn này là chính xác và đúng sự thật. Quý vị hiểu rằng nếu quý vị có tình cung cấp thông tin không đúng HOẶC nếu quý vị có tình không thông báo những thông tin mà quý vị biết, thì quý vị có thể nhận được các phúc lợi y tế mà quý vị không được phép nhận. Nếu điều này xảy ra, quý vị có thể bị trừng phạt theo luật pháp về tội gian lận. Ngoài ra, quý vị cũng có thể phải trả lại tiền cho Medicaid về những hóa đơn được thanh toán nhầm.

XÁC NHẬN THÔNG TIN: Quý vị hiểu rằng thông tin mà quý vị cung cấp về bản thân quý vị sẽ được kiểm tra. Quý vị đồng ý trợ giúp cho việc đó và cho phép Medicaid nhận thông tin cần thiết từ các cơ quan chính phủ khác, cơ quan, nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe và những đơn vị khác.

SỐ AN SINH XÃ HỘI: Quý vị hiểu rằng số An sinh Xã hội chỉ được sử dụng để nhận thông tin từ các cơ quan chính phủ khác để quyết định về sự hội đủ điều kiện cho quý vị nộp đơn đăng ký Medicaid.

THANH TOÁN CHĂM SÓC Y TẾ BỞI BÊN THỨ BA: Quý vị hiểu rằng bằng cách chấp nhận Medicaid, Cơ quan này có quyền nhận tiền mà quý vị thanh toán từ những nguồn khác như thanh toán bảo hiểm hoặc giải quyết kiện tụng cho những dịch vụ mà Medicaid đã thanh toán cho quý vị.

BÁO CÁO CÁC THAY ĐỔI: Quý vị đồng ý thông báo cho Medicaid biết trong vòng 10 ngày các thay đổi: 1) di chuyển ra khỏi tiểu bang; 2) có thay đổi về địa chỉ nhà hoặc hòm thư; và 3) có bất cứ thay đổi nào về bảo hiểm và phí bảo hiểm y tế của quý vị.

ĐIỀU LUẬT VỀ CẤP DƯỠNG NUÔI CON: Quý vị hiểu rằng Medicaid sẽ chỉ gửi thông tin vụ việc cho Bộ Phận Thi Hành Cấp Dưỡng Nuôi Con để hỗ trợ về mặt y tế nếu quý vị yêu cầu.

QUÝ VỊ CÓ QUYỀN YÊU CẦU ĐIỀU GÌ TỪ MEDICAID

QUYỀN ĐƯỢC YÊU CẦU GIẢI THÍCH CÔNG BẰNG: Quý vị hiểu rằng quý vị có thể yêu cầu một cuộc Điều trần Công bằng nếu quý vị nghĩ rằng quyết định cho một trường hợp là không công bằng, sai, hoặc đưa ra quá muộn.

KHÔNG PHÂN BIỆT: Quý vị hiểu rằng Medicaid không thể phân biệt đối xử với quý vị vì màu da, chủng tộc, giới tính, tuổi tác, sự tàn tật, tôn giáo, quốc tịch hay quan điểm chính trị của quý vị. Nếu quý vị nghĩ rằng có trường hợp như vậy, quý vị có thể gọi Văn phòng Dân quyền Khu vực của DHHS Hoa Kỳ tại Dallas, TX theo số 1-800-368-1019 hoặc gửi thư cho Bộ Y tế & Bệnh viện, Phòng Nhân lực của tiểu bang Louisiana tại P. O. Box 4818, Baton Rouge, LA 70821-4818.

CÁC DỊCH VỤ KHÁC: Quý vị hiểu rằng thông tin về WIC, KIDMED, và các dịch vụ khác của Medicaid sẽ được gửi cho quý vị nếu quý vị hội đủ điều kiện nhận Medicaid.

Những tài liệu chứng minh quý vị cần phải gửi cho chúng tôi

Nếu quý vị hoặc gia đình có bất cứ tài liệu nào trong số này, hãy gửi bá sao những tài liệu đó. Hãy cho chúng tôi biết nếu quý vị không thể lấy những tài liệu này. Chúng tôi có thể giúp đỡ.

Bản sao các thẻ bảo hiểm y tế của quý vị (mặt trước và sau).

Nếu quý vị không phải công dân Hoa Kỳ, gửi cho chúng tôi bản sao Thẻ Thường Trú Nhâ (thẻ xanh) của quý vị hoặc các mẫu đơn khác từ Cơ Quan Di Trú và Công Dân Hoa Kỳ.

Nếu quý vị không sinh ở Louisiana, gửi cho chúng tôi bằng chứng xác nhận Tình Trạng Công Dân Hoa Kỳ như giấy khai sinh, giấy chứng sinh, Hộ Chiếu Hoa Kỳ, hoặc giấy xác nhận con nuôi. **Nếu quý vị không có bất cứ giấy tờ nào như trên, hãy hỏi chúng tôi về những giấy tờ khác quý vị có thể sử dụng.**

Chứng thực về thu nhập của quý vị, của chồng quý vị, hoặc nếu quý vị dưới 19 tuổi, thì là thu nhập của cha mẹ quý vị. Gửi cuốn phiếu lương của tháng trước có ghi tổng mức lương (trước thuế), một bức thư từ sở làm, nếu là tự làm chủ, hãy gửi các bản sao của các giấy tờ khai thuế của năm ngoái và tất cả các bản kê khai đi kèm. Các ví dụ chứng thực về thu nhập không phải do đi làm có thể là thư khen thưởng, hoặc thư của bạn bè hay người thân cung cấp tiền cho quý vị hoặc gia đình quý vị.

Xác nhận của trung tâm Chăm Sóc Ban Ngày về việc chi trả dịch vụ chăm sóc trẻ. Xác nhận của người chăm sóc về việc chi trả cho dịch vụ chăm sóc người trưởng thành.

Lệnh của tòa án và bằng chứng về cấp dưỡng sau ly hôn hoặc cấp dưỡng nuôi con cho người ngoài gia đình. **Nếu trả thông qua Phòng Cưỡng Chế Thi Hành Cấp Dưỡng Nuôi Con của bang Louisiana (SES), quý vị không cần phải gửi xác nhận – chỉ cần cho chúng tôi biết.**

Nếu quý vị yêu cầu LaMOMS/Medicaid chi trả cho ba tháng trước khi nhận bảo hiểm, hãy gửi bằng chứng về thu nhập của các tháng đó cho chúng tôi.

CÁC SỐ ĐIỆN THOẠI QUAN TRỌNG

	SỐ ĐIỆN THOẠI	ĐIỆN VĂN TTY
LaMOMS	1-888-342-6207	1-800-220-5404
EPSDT (khám lâm sàng trước khi sinh, kế hoạch hóa gia đình, giúp đỡ tìm Bác Sĩ Chăm Sóc Chính)	1-800-359-2122	1-877-544-9544
CommunityCARE (để yêu cầu thay đổi bác Sĩ chăm sóc chính)	1-800-259-4444	1-877-544-9544
Hỗ trợ giới thiệu bác sĩ	1-877-455-9955	
Các dịch vụ của Medicaid	1-888-342-6207	
Chương trình Nha khoa	1-800-251-2229	
Vận chuyển (để yêu cầu vận chuyển không khẩn cấp – gọi trước ít nhất 48 giờ)	1-800-259-1944	
Đường dây nóng Y tá tư vấn hoạt động 24 giờ (CommunityCARE)	1-866-529-1681	
Thay Thẻ Medicaid	1-800-834-3333	

NHỮNG SỐ ĐIỆN THOẠI QUAN TRỌNG

LaMOMS – bảo hiểm Medicaid cho phụ nữ mang thai	www.LaMOMS.DHH.Louisiana.gov
LaCHIP – bảo hiểm Medicaid dành cho Trẻ em	www.LaCHIP.org
Các chương trình khác của Medicaid	www.Medicaid.DHH.Louisiana.gov
Tìm bác sĩ chấp nhận bảo hiểm Medicaid	www.La-CommunityCare.com
KIDMED & CommunityCARE	www.La-KidMed.com
Xin gia hạn bảo hiểm Medicaid	www.Medicaid.DHH.Louisiana.gov

LƯU TRANG NÀY TRONG HỒ SƠ CỦA QUÝ VỊ

Department of Health and Hospitals
Voter Registration Declaration (Tùy chọn)

Nếu quý vị điền vào, câu trả lời của quý vị sẽ không ảnh hưởng đến các phúc lợi mà quý vị nhận được từ Sở Y Tế và Bệnh Viện Louisiana (*Louisiana Department of Health and Hospitals*).

Nếu quý vị chưa được đăng ký bầu cử ở nơi mình sống, quý vị có muốn xin đăng ký bầu cử ở đây ngày hôm nay không? Có Không

- Nếu quý vị đánh dấu vào “Yes” vui lòng hoàn tất tờ “Louisiana Mail Voter Registration Application” gửi kèm. Quý vị có thể gửi tờ Voter Registration Application đến văn phòng Đăng Ký Bầu Cử tại địa phương có liệt kê trong đơn này hoặc gửi đến Department of Health and Hospitals.
- **NẾU QUÝ VỊ KHÔNG ĐÁNH DẤU BẤT CỨ MỤC NÀO THÌ COI NHƯ QUÝ VỊ KHÔNG MUỐN BẦU CỬ LẦN NÀY.**

Việc xin đăng ký hay từ chối đăng ký bầu cử sẽ không ảnh hưởng đến sự trợ giúp mà quý vị sẽ được cơ quan chúng tôi cung cấp.

Nếu quý vị muốn giúp điền vào mẫu xin đăng ký cử tri, chúng tôi sẽ giúp quý vị. **Quý vị có thể gọi số miễn phí 1-888-342-6207.** Quyết định có tìm kiếm hay chấp nhận sự trợ giúp này hay không tùy thuộc vào quý vị. Quý vị có thể điền mẫu đơn xin một cách riêng tư.

Nếu quý vị chọn đăng ký bầu cử vào thời điểm này, thông tin về địa điểm nơi quý vị đã điền đơn đăng ký sẽ được giữ bí mật và chỉ được sử dụng nhằm mục đích đăng ký cử tri. Nếu quý vị chọn đăng ký bầu cử, thông tin đó cũng sẽ được giữ bí mật.

Nếu quý vị cho rằng người nào đó đã cản trở quyền đăng ký hay từ chối đăng ký bầu cử, quyền riêng tư trong việc quyết định có đăng ký hay xin đăng ký bầu cử hay không, hoặc quyền chọn đảng chính trị riêng hay ưu tiên chính trị khác của quý vị, quý vị có thể nộp đơn khiếu nại lên:

Louisiana Secretary of State
Commissioner of Elections
P.O. Box 94125
Baton Rouge, LA 70804-9125
Điện Thoại: (số điện thoại miễn phí) 1-800-883-2805

ACADIA Courthouse #115 Crowley, LA 70526-4363 (337) 788-8841	CAMERON P. O. Box 1 Cameron, LA 70631-0001 (337) 775-5493	IBERIA 300 S. Iberia St. #110 New Iberia, LA 70560-4543 (337) 369-4407	MOREHOUSE 129 N. Franklin Bastrop, LA 71220-3815 (318) 281-1434	ST. CHARLES P. O. Box 315 Hahnville, LA 70057-0315 (985) 783-2731	UNION P. O. Box 235 Farmerville, LA 71241-0235 (318) 368-8660
ALLEN P. O. Box 150 Oberlin, LA 70655-0150 (337) 639-4966	CATAHOULA P. O. Box 215 Harrisonburg, LA 71340-0215 (318) 744-5745	IBERVILLE P. O. Box 554 Plaquemine, LA 70765-0554 (225) 687-5201	NATCHITOCHES P. O. Box 677 Natchitoches, LA 71458-0677 (318) 357-2211	ST. HELENA P. O. Box 543 Greensburg, LA 70441-0543 (225) 222-4440	VERMILION 100 N. State St. #120 Abbeville, LA 70510 (337) 898-4324
ASCENSION 828 S. Irma Blvd. #205 Gonzales, LA 70737-3631 (225) 621-5780	CLAIBORNE 507 W. Main Suite 1 Homer, LA 71040-3914 (318) 927-3332	JACKSON 500 E. Court St. #102 Jonesboro, LA 71251-3400 (318) 259-2486	JEFFERSON P. O. Box 10494 1001 Carter St. #4 Vidalia, LA 71373-3021 (318) 3367770	ORLEANS 1300 Perdido #1W23 New Orleans, LA 70112-2127 (504) 658-8300	VERNON P. O. Box 179 Convent, LA 70723-0179 (225) 562-2330
ASSUMPTION P. O. Box 578 Napoleonville, LA 70390-0578 (985) 369-7347	CONCORDIA 4001 Carter St. #4 105 Franklin St. Marksville, LA 71351-2409 (318) 253-7129	DESOY 302 N. Cutting Ave. Jennings, LA 70546-65361 (337) 824-0834	JEFFERSON DAVIS 1010 Lafayette #313 Lafayette, LA 70501-6885 (337) 291-7140	OUACHITA 122 St John St #114 Monroe, LA 71201-7342 (318) 3271436	WASHINGTON 1801 W. Airline Hwy LaPlace, LA 70068-3344 (985) 652-9797
AVOYELLES 312 N. Main St. #E Marksville, LA 71351-2409 (318) 253-7129	E. BATON ROUGE 222 St. Louis #201 Baton Rouge, LA 70802-5860 (225) 389-3940	LAFAYETTE 307 W. 4th St. #101 Lake Providence, LA 71254-0708 Thibodaux, LA 70301-3105 (985) 447-3256	POINTE COUPEE 211 E. Main St. New Roads, LA 70760-3661 (225) 638-5537	ST. LANDRY P. O. Box 818 Port Sulphur, LA 70083-0989 (504) 564-6957	WEBSTER P. O. Box 674 Opelousas, LA 70571-0818 (337) 948-0572
BIENVILLE P. O. Box 697 Arcadia, LA 71001-0697 (318) 263-7407	E. CARROLL P. O. Box 708 0708	LAFOURCHE 307 W. 4th St. #101 Lake Providence, LA 71254-0708 Thibodaux, LA 70301-3105 (318) 263-7407	RAPIDES 701 Murray St. Alexandria, LA 71301-8099 (318) 473-6770	ST. MARTIN Courthouse 415 S. Martin St. St. Martinville, LA 70582-4549 (337) 394-2204	W. BATON ROUGE P. O. Box 31 Port Allen, LA 70767-0031 (225) 336-2421
BOSSIER P. O. Box 635 Benton, LA 71006-0635 (318) 965-2301	E. FELICIANA P. O. Box 488 Clinton, LA 70722-0488 (225) 683-3105	LASALLE 100 W. Texas Ave. Ruston, LA 71270-4463 Ville Platte, LA 70586-4463 (337) 363-5538	LINCOLN P. O. Box 2439 Jena, LA 71342-2439 (318) 992-2254	RED RIVER P. O. Box 432 Coushatta, LA 71019-0432 (318) 932-5027	W. CARROLL P. O. Box 71 Franklin, LA 70538-6144 (337) 828-4100
CADDY P.O. Box 1253 Shreveport, LA 71153-1253 (318)226-6891	EVANGELINE 200 Court St. Ste. 102 Ville Platte, LA 70586-4463 (337) 363-5538	LIVINGSTON P. O. Box 968 Livingston, LA 707540968 (225) 686-3054	SABINE P. O. Box 368 400 Capitol St. #107 Many, LA 71449-3099 (318) 256-3697	ST. TAMMANY 701 N. Columbia St. Covington, LA 70433-2709 (985) 809-5500	W. FELICIANA P. O. Box 2490 St. Francisville, LA 70775-2490 (225) 635-6161
CALCASIEU 1000 Ryan St. #7 Lake Charles, LA 70601-5250 (337)437-3572	FRANKLIN Courthouse 6560 Main St. Winnsboro, LA 71295-2750 (318) 4354489	MADISON 100 N. Cedar St. Tallulah, LA 71282-3892 (318) 574-2193	ST. BERNARD 8201 W. Judge Perez Rm. 104 Chalmette, LA 70043-1696 (504) 278-4231	TERREBONNE P. O. Box 9189 Houma, LA 70361-9189 (985) 873-6533	WINN Courthouse Room 105 Winnfield, LA 71483-3238 (318) 628-6133
1000 Ryan St. #7 Lake Charles, LA 70601-5250 (337)437-3572	GRANT Courthouse 200 Main St. Colfax, LA 71417-1828 (318) 649-7364				

OFFICIAL USE ONLY**Address Change**

Name Change

Party Change

Remarks**Circle One:** PA MV RG SDA SS

Received by: _____

**PLACE IN AN ENVELOPE AND MAIL TO YOUR
REGISTRAR OF VOTERS**

USE THIS FORM TO: 1) register to vote 2) change your address 3) request a name change 4) change party affiliation

TO REGISTER TO VOTE AND BE ELIGIBLE TO VOTE YOU MUST: 1) be a United States citizen 2) be at least 17 years old to register but must be 18 years old to vote 3) not be under an order of imprisonment for conviction of a felony 4) not be under a judgment of full interdiction or limited interdiction where your right to vote has been suspended 5) reside in the state and parish in which you seek to register and vote.

INSTRUCTIONS FOR COMPLETING THIS FORM: All information except your signature should be printed clearly in ink, preferably black, or typed. Fill in all boxes that apply to you.

Box 1: Indicate whether you are a citizen of the United States of America. Indicate whether you will be 18 years of age on or before election day.

Box 2: Provide full name. Do not use initials for middle or maiden name.

Box 3: 'Residence Address' means the address where you live and are registering to vote. If you claim a homestead exemption, you must list the address of that residence. Do not use a post office box for your 'Residence Address'. If you use a rural route and box number, draw a map in the space labeled 'Give Location.' Write in the names of the crossroads (streets) nearest to where you live. Draw an X to show where you live. Use a dot to show any schools, churches, stores or landmarks near where you live and write the name of the landmark. Check the box provided if mail is not delivered to your residence address by the post office. Complete 'Mailing Address' only if it is different from the 'Residence Address' or if mail is not delivered to your residence address.

Box 4: Provide your age.

Boxes 6 & 14: You must provide your Louisiana driver's license number, if issued. If not issued, you must provide at least the last four digits of your social security number, if issued. The full social security number may be provided on a voluntary basis. If neither a social security number nor a Louisiana driver's license number has been issued, and this form is submitted by mail, and you are registering to vote for the first time, in order to avoid additional identification requirements for first time voters, attach either a) a copy of a current and valid photo identification or b) a copy of a current utility bill, bank statement, government check, paycheck, or other government document that shows your name and address.

Boxes 8, 12 & 13: The items 'race/ethnic origin', 'home phone' and 'daytime phone' are not required but are helpful.

Box 9: If you do not complete this item, your party affiliation will be listed as 'none', unless you are presently registered with a party affiliation and no change is being made today. If you are not registering with a political party, circle 'none'. The recognized political parties are Democrat, Green, Libertarian, Reform and Republican or you may specify any other party affiliation.

Box 18: If you are using this form to request a change of name, you must print the name to be changed here.

Box 19: Date and sign the card with your signature or mark.

If returned by mail, place in an envelope and mail to the appropriate registrar of voters at the address found on the reverse side of this card. If you have not been issued a social security number or Louisiana driver's license number, you must mail the required documentation with your application. Your application or envelope must be postmarked 30 days prior to the first election in which you seek to vote based on the residence listed on this application.

NOTE: 1. If you decline to register to vote, this fact will remain confidential and will be used only for voter registration purposes. If you register to vote, the office where your application was submitted will remain confidential and will be used only for voter registration purposes. 2. Your social security number will also remain confidential and is intended to be used for voter registration purposes only.

QUESTIONS? Call your Parish Registrar of Voters OR call the Department of State at 1-800-883-2805 or (225) 922-0900.

COMPLETE AND CHECK ALL APPLICABLE BOXES AND TEAR ALONG PERFORATED LINE BEFORE MAILING.

LOUISIANA MAIL VOTER REGISTRATION APPLICATION FORM #04		OFFICIAL USE ONLY COMP REG # _____ Reg Type _____ Wd/ Dist _____ Pct _____ In _____ Out _____				
1 Are you a citizen of the United States of America? YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Will you be 18 years of age on or before election day YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> If you checked no in response to either of these questions, DO NOT COMPLETE THIS FORM.						
2 NAME OF APPLICANT (PLEASE PRINT NAME) LAST _____ First _____ FULL MIDDLE OR MAIDEN _____						
3 RESIDENCE ADDRESSS (MUST BE ADDRESS WHERE YOU CLAIM HOMESTEAD EXEMPTION, IF ANY) HOUSE OR APT. NO. & STREET _____ CITY OR TOWN _____ STATE _____ ZIP _____ GIVE LOCATION _____ _____						
IF NO mail delivery to residential address, check here: <input type="checkbox"/>		MAILING ADDRESS IF DIFFERENT _____ _____				
4 AGE	5 DATE OF BIRTH	6 * SOCIAL SECURITY #(CIRCLE ONE)	7 SEX (CIRCLE ONE)	8 ** RACE/ ETHNIC ORIGIN (CIRCLE ONE)		
	MONTH DAY YEAR	NO YES # _____	MALE FEMALE	WHITE	BLACK	ASIAN AMER. INDIAN HISPANIC OTHER: _____
9 PARTY AFFILIATION (CIRCLE ONE) DEM GRN LBT RFM REP NONE OTHER (SPECIFY) _____		10 APPLICANT'S PLACE OF BIRTH CITY OR TOWN _____ PARISH OR COUNTY _____ STATE _____ COUNTRY _____			11 MOTHERS MAIDEN NAME	
12 ** HOME PHONE ()		13 ** DAYTIME PHONE ()	14 LA DRIVERS LICENSE / I.D. #(CIRCLE ONE) NO YES # _____	15 Will you require assistance at the polls? (CIRCLE ONE) NO YES IF YES, GIVE REASON		
16 LAST RESIDENCE ADRESS ADDRESS		17 PLACE OF REGISTRATION PARISH OR COUNTY	STATE	18 FOMER REGISTERED NAME, IF APPLICABLE		
AFFIRMATION : I do hereby solemnly swear or affirm that I am a United States citizen, that I am at least 17 years old, that I am not currently under an order of imprisonment for conviction of a felony, that I am not currently under a judgment of full interdiction or limited interdiction where my right to vote has been suspended, that I am a bona fide resident of this state and parish, and that the facts given by me on this application are true to the best of my knowledge and belief. If I have provided false information, I may be subject to a fine of not more than \$1,000 (\$2,500 for subsequent offense) or imprisonment for not more than 1 year.						
19 SIGN YOUR NAME IN BOX AT RIGHT						
DATE: _____ / _____ / _____						
20 IF YOU ARE UNABLE TO SIGN YOUR NAME, TWO WITNESSES TO YOUR MARK MUST SIGN HERE WITNESS SIGNATURE _____ WITNESS SIGNATURE _____						
* Last 4 digits of the social security number required if no LA driver's license issued; social security number is intended to be used for voter registration purposes only LR-1M (REV. 1/11, 7/11) R.S. 18:104 FORM #04						
Full # Optional ** OPTIONAL						